Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik der Charité Berlin
Direktor: Prof. Dr. de Crinis

Katamnestische Untersuchungen bei 402 zur Begutachtung eingewiesenen und bis dahin als schizophren geltenden Kranken

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung des Medizinischen Doktorgrades

an der

Friedrich-Wilhelms-Universität zu Berlin

vorgelegt von

HANS BECKER

aus Bonn

Tag der Promotion 7. März 1941

Buchdruckerei Franz Linke, Berlin NW 7, Marienstr. 13

M 443

Gedruckt mit Genehmigung

der

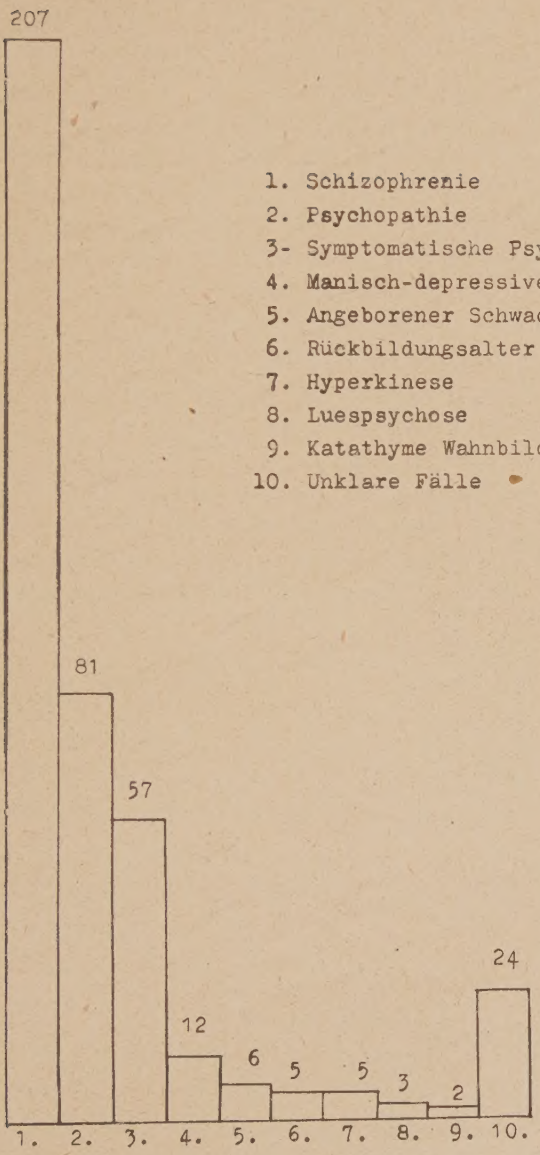
Medizinischen Fakultät der Universität Berlin

Dekan: Prof. Dr. Kreuz

Referent: Prof. Dr. Roggenbau

Korreferent: Prof. Dr. Crinis

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN



1. Schizophrenie
2. Psychopathie
3. Symptomatische Psychosen
4. Manisch-depressives Irresein
5. Angeborener Schwachsinn
6. Rückbildungsalter
7. Hyperkinese
8. Luespsychose
9. Katathyme Wahnbildung
10. Unklare Fälle

402 Fälle, die unter der Diagnose Schizophrenie in die Psychiatrische und Nervenklinik der Charité in Berlin eingeliefert wurden.

Am 14. Juli 1933 wurde vom Führer das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses erlassen. Dieses Gesetz besagt, daß Erbkranke durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht werden können, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß ihre Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.

Die Entscheidung, ob eine vererbbare Krankheit vorliegt, und der Beschluß der Unfruchtbarmachung liegt in den Händen von Erbgesundheitsgerichten, die sich aus einem Amtsrichter als Vorsitzendem, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten und mit der Erbgesundheitslehre besonders vertrauten Arzt zusammensetzen.

Falls vom Erkrankten selbst oder dessen Pfleger gegen den Beschluß Einspruch erhoben wird, entscheidet das Erbgesundheitsobergericht nach nochmaliger Begutachtung endgültig.

In der Zeit vom Inkrafttreten des Gesetzes am 1. Januar 1934 bis zum 31. Dezember 1938 wurde die Psychiatrische und Nervenklinik der Charité in Berlin zur Begutachtung von 402 Kranken, die unter der Diagnose Schizophrenie von beamteten Aerzten oder den Leitern von Heil- und Pflege- oder Strafanstalten zur Sterilisation gemeldet worden waren, herangezogen.

Bei 207 dieser Erkrankten wurde die Diagnose bestätigt.

In den übrigen 195 Fällen bestanden berechtigte Zweifel an der Richtigkeit der Diagnose.

Bei den Erkrankungen, die Anlaß zur Verwechselung mit der Schizophrenie gaben und deren Abgrenzung auf Schwierigkeiten stieß, stehen die Psychopathie mit 81 und die unter dem Begriff der symptomatischen Psychosen zusammengefaßten Seelenstörungen mit 57 Fällen weit im Vordergrund.

Wesentlich geringer ist der Anteil des manisch-depressiven Irreseins mit 12 und des angeborenen Schwachsinns mit 6 Fällen.

Seelenstörungen des Rückbildungsalters und Hyperkinese wurden in je 6 Fällen diagnostiziert, Luespsychose ergab sich in 3 und katathyme Wahnbildung in 2 Fällen.

Bei 24 Erkrankten war eine sichere Diagnosestellung nicht möglich. Einige verstarben während des erbgerichtlichen Verfahrens, andere erkrankten, so daß ihre Begutachtung aufgeschoben werden mußte. Bei mehreren soll erst der weitere Verlauf der Erkrankung abgewartet werden, da jetzt eine sichere Entscheidung nicht gefällt werden konnte.

Aus dieser Zusammenstellung wird deutlich, daß bei ungefähr der Hälfte der Kranken, die anfänglich als schizophren bezeichnet wurden, andere Seelenstörungen vorlagen, die vorübergehend schizophrene Symptome geboten haben.

Im folgenden soll an Hand einer Auswahl besonders charakteristischer Krankengeschichten gezeigt werden, wie die Klinik auf Grund der Anamnese, des Befundes und des Verlaufes der Erkrankung zu der von der Diagnose Schizophrenie abweichenden Beurteilung kam.

Psychopathie.

Fall 1: Fritz T., 52 Jahre.

Der Vater wie die Mutter des Patienten sollen sehr nervös gewesen sein.

Pat. habe die Schule bis Obersekunda besucht, sei dann sitzengeblieben und abgegangen. Er sei als Jude in guten Verhältnissen aufgewachsen und habe sich schon in ganz jungen Jahren mit der Musik beschäftigt. Er sei Kaufmann geworden, später Violinspieler in einem Kino gewesen. 1916, als er zum Kriegsdienst herangezogen wurde, sei er das erstemal auffällig geworden und in eine Anstalt gekommen.

Die damalige Krankengschichte gibt an: „Als Lehrling fiel Pat. schon durch seine Reizbarkeit und Unverträglichkeit auf. In einer selbständigen Stellung hielt er nicht lange aus. Seine letzte kaufmännische Stellung wurde ihm bereits nach einem Monat gekündigt. Er blieb jedoch weiter auf seinem Posten." Wegen seines auffallenden Verhaltens wurde er zu einem Arzt zur Untersuchung geschickt, der damals schon die Diagnose Dementia praecox stellte. Aus Furcht, in ein Sanatorium gebracht zu werden, verließ Pat. sein Elternhaus, trieb sich wochenlang im Walde umher, kam dann in Berlin in Asylen und Herbergen unter, bis er schließlich entdeckt wurde und in ein Sanatorium kam, das ebenfalls Dementia praecox diagnostizierte.

Beim Militär macht T., wie sein Hauptmann angibt, erhebliche Schwierigkeiten. Nachdem er eine Reihe strafbarer Handlungen begangen hat, wird er vor ein Kriegsgericht gestellt, aber wegen Hebephrenie exkulpiert. Er behauptet, eine zeitlang Trugwahrnehmungen zu haben. Sein Selbstgefühl ist, ob-

wohl er es bis jetzt zu gar nichts gebracht hat, stark gehoben. Er hält sich für einen großen Philosophen, schreibt dicke Bände philosophischer Werke, deren Inhalt nichts ist als eine Sammlung hochtrabender Redensarten ohne verständlichen Zusammenhang. Aus dem Lazarett schreibt er einen Brief an den Kaiser, in dem er ihm Mut zuspricht. Er redet den Kaiser mit „Du" an und äußert eine Reihe von Größenideen: „Er sei Jesus, außerdem stecke ein Stück Goethe und Sokrates in ihm. Er sei auf dem Mars gewesen, wo es wunderschön sei. Er halte es für ein großes Opfer, daß er wieder hierher gekommen sei. Auch sei er dreimal gekreuzigt worden, einmal für die ganze Menschheit, einmal für den Kaiser und einmal für das jüdische Volk. Ueber Ort, Zeit und persönliche Verhältnisse ist er orientiert. Er kann sich schwer in die Anstaltsverhältnisse einfügen, hält sich für gesund und drängt fort. Er wird öfters unbescheiden dem Personal und den Aerzten gegenüber.

Der Krankengeschichte liegen sehr viele umfängliche Schreiben aus späteren Jahren bei, die ein durchaus krankhaftes Gepräge tragen. Die klinischen Einzelbefunde aus der damaligen Zeit enthalten keine Abweichungen von der Norm.

Eine Krankengeschichte aus dem Jahre 1936 gibt folgendes an: „Seit 1933 pflegt sich der Pat. nicht mehr, da er alles aufgegeben hat einer Idee zuliebe, die, wie er sagt, schon seit 1914 in ihm groß geworden ist: Mantismus, eine Verknüpfung des Griechentums mit dem Germanentum auf der Grundlage der reinen Jesuslehre. Bei seinen Angaben wimmelt es von Audienzen bei hohen Persönlichkeiten und von Eigenlob." Am 7. 5. wird hervorgehoben: Maniriertes Benehmen, subeuphorisch. Versucht Briefe herauszuschmuggeln.

Bei seiner jetzigen Untersuchung hebt er seine persönlichen Vorzüge mit großer Ueberheblichkeit und dauernder Wiederholung hervor. Er agiert wie ein schlechter Komödiant, welcher in bloßer Gewohnheit die Figuren seines Repertoirs spielt. Maniriert im eigentlichen Sinn ist er nicht; es finden sich auch keine katatonen Bewegungsstörungen. Was er zeigt, entspringt offenbar einer weitgehenden Labilität des Persönlichkeitsbewußtseins, womit sich Züge von Pseudologia phantastica vermengen. Auch seine Erzählungen haben nichts von kombinatorischer Wahnbildung. Es ist kein System dabei, sondern es sind immer wieder geheimnisvolle Andeutungen, die lediglich, um zu imponieren, vorgebracht werden. Er verwickelt sich dabei in allerhand Widersprüche und gelangt zu den wunderlichsten Extremen. Bei Beanstandung läßt er sich zunächst noch nicht beirren, wird anmaßend und begehrt auf, lenkt aber dann ein, wenn er sieht, daß er so nicht weiter kommt. Dabei spielt nicht nur die Zweckmäßigkeitserwägung eine Rolle, sondern auch eine vorhandene Suggestibilität gegenüber einem

entschiedenen Vorgehen. Auf der Abteilung benimmt er sich recht anspruchsvoll, er will nicht als Geisteskranker behandelt werden, sondern spricht die Erwartung aus, man werde ihm Gelegenheit geben, seine Ideen vor einem größeren Publikum vorzutragen. Er ist nicht nachtragend und es bestehen auch bei ihm keine nachhaltigen Erregungen. Je nachdem, wie er jeweils behandelt wird, ist er bemüht, liebenswürdig zu erscheinen oder aber durch mehr oder weniger versteckte Drohungen bestimmend auf den Untersucher einzuwirken. Irgendwelche Störungen der formalen Funktionen und der Gedächtnistätigkeit in bezug auf elementare Daten lassen sich nicht feststellen.

Fall 2: Paul B., 45 Jahre.

Der Vater lebe von seiner Frau getrennt und treibe sich bettelnd im Lande umher. Ein Bruder sei leicht schwachsinnig und leide an progressiver Paralyse, ein anderer sei sechsmal wegen gewissenloser Betrügereien vorbestraft.

Pat. sei als Kind niemals krank gewesen und habe in der Schule mittelmäßige Leistungen gezeigt. Vom 15. bis 18. Lebensjahr habe er Fleischer gelernt und sei bis Kriegsausbruch in diesem Beruf als Gehilfe tätig gewesen. Von 1914 bis 1916 habe er an der Westfront gekämpft und sei bei einem Volltreffer in den Beobachtungsstand verschüttet worden. Pat. gibt an, er habe „Stiche im Kopf" und „Schwäche im Rücken" gefühlt, sei „niedergedrückt, benommen, verdreht im Kopf" gewesen und habe „kolossale Hitze und Stiche im Rücken" gehabt. Am 17. 5. 1916 sei er zur Beobachtung seines Geisteszustandes in eine Anstalt eingewiesen worden, weil er unbefugt das Eiserne Kreuz getragen habe. Bei der Vernehmung habe er beantragt, ärztlich untersucht zu werden, da er nervenkrank und für seine Tat nicht verantwortlich sei. Während der Untersuchung habe B. sehr unruhig geschlafen, laut aus dem Felde phantasiert, und sich dabei unter das Bett oder die Bettdecke verkrochen. Er habe Urin und Kot ins Zimmer unter sich gelassen und habe ein albernes Wesen zur Schau getragen. Nach dem damaligen Gutachten wurde eine Veränderung angenommen, die sich in albernem Wesen, Apathie, Treiben von Unfug, Untersichlassen, ethischen Defekten und vielleicht auch Sinnestäuschungen äußerte. Letztere könnten jedoch nicht also sicher betrachtet werden, da die ganze Art des Vorbringens uncharakteristisch sei und mehr absichtlichem Interessantmachenwollen als echten Wahrnehmungsstörungen entspreche.

Ein Gutachten aus dem Jahre 1918 schildert den Pat. als einen Menschen mit kindischem Benehmen, unklarer und verworrener Ausdrucksweise und sehr mangelhaften Schulkenntnissen. Auf Grund der Beobachtungen konnte sich der Gutachter nicht sicher davon überzeugen, daß ein Jugendirresein

vorlag. B. übertreibe zweifellos und zeige keinen guten Willen zur Arbeit. Hysterische Zeichen, die er bei der Einlieferung geboten habe, insbesondere die Behinderung des rechten Armes, seien durch entsprechende Behandlung gebessert worden. B. leide an angeborenem Schwachsinn mit Hysterie.

1920 wird in einem Gutachten festgestellt, daß die Diagnose aus dem Jahre 1918 nicht aufrecht erhalten werden könne. B. sei vielmehr erst während seiner Militärzeit krank geworden. Es müsse sich demnach um einen erworbenen Schwachsinn handeln. Da aber die Hysterie niemals von Schwachsinn gefolgt sei, der Hysteriker sich auch kaum jemals einnässe, so komme als Ursache des Schwachsinns nur die bereits vermutete Dementia praecox in Frage.

Diese Diagnose wird 1924 von einem Facharzt bestätigt. Im Gutachten wird geschildert: Pat. klagt in ständiger Wiederholung über Stuhlbeschwerden und Kopfdruck. Wegen der Schwäche im Rücken müsse er an einen Stock gehen. Bei der körperlichen Untersuchung und der des Nervensystems sind krankhafte Befunde nicht zu erheben. In psychischer Hinsicht erscheint er zerstreut, sein Gedankenablauf verwirrt und zerfahren. Er redet wortreich, zum Teil nur sinnloses Geschwätz. Es handele sich demnach um Dementia praecox mit Verwirrtheit, Unorientiertheit, Wahnideen und Halluzinationen.

Im Jahre 1937 wird dem Pat. die bisher bezogene Rente aberkannt, da das Jugendirresein ein anlagemäßig bedingtes Leiden sei, das durch die Teilnahme am Weltkriege weder entstanden noch verschlimmert sei. Da der Pat. hiergegen Berufung einlegt und sein Leiden auf eine Verletzung im Kriege zurückführt, kommt er jetzt erneut zur Begutachtung.

Pat. bringt seinen Bericht mit lispelnder kindlicher Stimme vor und versucht während der Beobachtung, einen etwas verständnislosen, schwerhörigen, dementen Eindruck zu erwecken. Seine Sprechweise ist weinerlich und klagend, die Wahl und Formulierung seiner Worte kindlich und mit grammatikalischen Fehlern durchsetzt. Während er in den ersten Tagen nur laut Gesprochenes versteht, wird im Laufe der Beobachtungen der sichere Eindruck gewonnen, daß sein Hörvermögen nicht herabgesetzt ist. Genauere Fragen nach dem Beginn seines Leidens oder dessen Art versucht er mißzuverstehen, möglichst verwaschen zu beantworten, ist aber gleichzeitig bemüht, während der Unterhaltung jede Gelegenheit zu benutzen, um auf die Schwere seines Leidens hinzuweisen mit Bemerkungen wie: „Ich werde müde, das ist anstrengend, furchtbar tut mir der Kopf weh, mein Gott, ich werde ganz verdreht." So wirkt er theatralisch und ist zunächst bemüht, an seinen in früheren Untersuchungen gebotenen pseudodementen Antworten festzuhalten. Auf die Unzweckmäßigkeit eines solchen Verhaltens angesichts der jetzigen Fragestellung einer Erbkrankheit hin-

gewiesen, schließt er einen Kompromiß, indem er bei der Intelligenzprüfung bessere Ergebnisse zeigt. Gleichzeitig bessert sich sein Hörvermögen. Die Bewußtseinslage erweist sich als ungetrübt, die Merkfähigkeit als sicher nicht gestört. Störungen des formalen Denkens oder der Affektivität sind nicht nachweisbar.

Einen geordneten Bericht über die Entwicklung seiner Krankheit bringt er nicht zustande. Er macht dabei zum Teil wissentlich unwahre Angaben.

Wenn wir nunmehr dazu übergehen, jene Umstände zu erörtern, die unsere Abweichung von der anfangs gestellten Diagnose bestimmen, so dürfen wir zuerst darauf hinweisen, daß bei den endogenen Geisteskrankheiten bisher keine körperlichen Begleiterscheinungen bekannt geworden sind, deren regelmäßiges Auftreten für eine Differentialdiagnose Bedeutung hätte. Eine Abgrenzung muß sich daher in vielen Fällen auf eine längere Beobachtung des Krankheitsverlaufes stützen, denn im akuten Stadium ist die differentialdiagnostische Beurteilung einzelner pathologischer Symptome oft schwierig, weil es zahlreiche Berührungspunkte und Ueberschneidungsmöglichkeiten mit anders gearteten geistigen Erkrankungen gibt. Nur das Krankheitsbild in seiner Gesamtheit wird meist erst eine sichere Diagnose ermöglichen.

Im Fall 1 handelt es sich offensichtlich um eine psychopathische Konstitution mit degenerativem Einschlag, insbesondere Zügen von Pseudologia phantastica. Die Auffälligkeiten bei dem Pat. liegen vor allem in seinen Aeußerungen über seine jüdische Abstammung. Man könnte hier eine Parallele vermuten zu den sogenannten originären Wahnideen, wie man sie gerade auch auf schizophrener Basis häufig findet. Dabei ist aber zu bedenken, daß T. keineswegs die Meinung vertritt, er sei nicht Jude. Er macht den Unterschied zwischen Rassenzugehörigkeit und Hineingewachsensein in einen bestimmten Kulturkreis. Vor allem aber legt er Wert auf die Feststellung, daß er aus eigener Entscheidung und unter Verzicht auf materielle Vorteile sich bereits seit langem zum Deutschtum bekannt habe. Seine Stellungnahme erschöpft sich in einer angeblichen Verachtung des Judentums mit einer Flut von Schimpfreden, sowie der Propagierung einer neuen Lehre religiösen Charakters, die er den Mantismus nennt. Offenbar hat er es fertig gebracht, hier und da Aufmerksamkeit für seine Darlegungen zu finden, während es wohl auf Aufschneiderei beruht, wenn

er angibt, wohlwollende Beachtung von seiten behördlicher Stellen erfahren zu haben.

Dieses ganze Vorbringen im Zusammenhang mit der Art des Auftretens und der eigenen Versicherung, daß er schauspielerische Begabung in sich fühle, kann nur den Eindruck einer Art von Veralberung der Umgebung machen, wie man das in einem puerilistisch pseudodementen Gebaren bei gewissen Psychopathen findet. So erklärt sich die Motivlage bei seinen Produktionen, die ein durchaus hysterisches Gepräge tragen. Das alles sind Manifestationen einer psychopathischen Konstitution und zwar mit degenerativen Zügen.

Bei den hervortretenden Inhalten spielt während der Kriegszeit die Reaktion auf die zu erwartende Verwendung an der Front, jetzt aber die Auseinandersetzung mit der durch seine jüdische Rassenzugehörigkeit gegebene Situation die entscheidende Rolle.

Im Fall 2 gibt der Pat. an, er sei 1916 bei einem Volltreffer in den Beobachtungsstand verschüttet worden und habe dabei eine Granatsplitterverletzung am Hinterkopf und linken Oberarm erlitten. Seit dieser Zeit klagt er über Gehirn- und Hinterkopfschmerzen. Beim Lesen, Sprechen und Denken bekomme er kleine Stiche inwendig im Kopf, beim Bücken und Aufrichten einen druckartigen Schmerz im Rückgrat. Bei Ueberanstrengung seines Nervensystems habe er ein feines Stechen und Niederdrücken im Kopf, Verzweiflung, Schwäche und Aengstlichkeit. Wegen dieses Kriegsleidens ist er 1919, 1920 und 1924 begutachtet worden. Es wurde bei ihm damals eine Seelenveränderung festgestellt, bei der nicht entschieden werden konnte, ob diese hysterischer Natur oder Ausdruck einer beginnenden Dementia praecox sei.

Auch jetzt ist Pat. in psychischer Hinsicht noch auffällig. Schon bei der Untersuchung versucht er durch schlechte Innervation der Muskulatur eine Schwäche des linken Armes vorzutäuschen neben hochgradiger Schwerhörigkeit, die zunächst nur eine laute Verständigung zuläßt, sich aber während der Beobachtung bis zum Verständnis der Flüstersprache zurückbildet. Seinen Bericht bringt er mit lispelnder Stimme vor und ist bemüht, in Gesichtsausdruck und Mienenspiel angestrengtes Nachdenken, Verständnis- und Ratlosigkeit auszudrücken. Durch Wahl und Formulierung seiner Worte versucht er den Eindruck seiner Unbeholfenheit noch zu steigern.

Störungen seines formalen Denkens oder der Affektivität als charakteristische Veränderung im Sinne eines schizophrenen

Prozesses sind bei dem Pat. nicht nachweisbar. Der gut erhaltene Affekt, sein stets zweckbedingtes Verhalten, die planmäßige Verfolgung seiner Interessen, der formal ungestörte Ablauf seiner Gedanken sprechen gegen das Vorliegen einer Schizophrenie. Dies wird durch den Hinweis in den Akten unterstützt, daß die von B. vorgebrachten Halluzinationen infolge der ganzen Art ihres Vorbringens nicht als sicher betrachtet werden können. Auch diese sind, wie sein ganzes Verhalten in der Klinik, der Ausdruck einer hysterischen Demonstration auf dem Boden einer psychopathischen Reaktionsweise. Es handelt sich um das charakteristische Verhalten eines Pseudodementen oder Scheinblödsinnigen.

Symptomatische Psychosen.

Fall 1: Ilse K., 28 Jahre.

Anamnestisch ergibt sich, daß eine Großmutter an Platzangst gelitten habe und eine Tante an seniler Demenz in einer Heilanstalt verstorben sei.

Pat. selbst sei nie ernstlich krank und ihre geistige Entwicklung normal gewesen. Als Kind sei sie auffallend ernst und empfindlich, dabei leicht gereizt und im Umgang mit Freundinnen bestimmend und dickköpfig gewesen.

1930 habe sie eine Depression durchgemacht, die durch den Tod eines Bekannten hervorgerufen worden sei. 1932 habe sich dieser Zustand bei einem ähnlichen Anlaß wiederholt. Sie sei wie eine Schlafwandlerin umhergegangen. 1935 habe sie ein kleines Vermögen geerbt, das sie an einen Betrüger verloren habe. Darüber habe sie sich große Sorgen gemacht und einige Nächte nicht schlafen können. Sie habe während dieser Zeit an Verdauungsstörungen gelitten und das Gefühl gehabt, die Speisen hätten einen eigenartigen Geschmack, als ob sie vergiftet und giftige Gase in ihrer Wohnung seien. Zu ihrer Mutter habe sie Verfolgungs- und Vergiftungsideen geäußert, habe Stimmen von Tieren gehört und Menschen in ihrem Zimmer herumlaufen sehen. Sie sei zu ängstlich gewesen, ins Bett zu gehen, und habe fast keine Nahrung zu sich genommen.

Bei der Krankenhausaufnahme zeigt sie sich psychisch ängstlich und depressiv. Später ist sie freier und gibt an, keine Angstzustände mehr zu haben. Vergiftungsabsichten ihrer Mutter hält sie für erwiesen, da diese gesagt habe, Pat. habe etwas im Magen, das Gas erzeuge, woran schon Tiere sterben müßten. Geordnetes und Verworrenes geht in ihren Reden stark durcheinander. Ende 1935 treten wieder verstärkt Angst und Unruhe auf. Pat. will mit dem Führer telefonieren und schreib

Briefe an ihn, um sich unter seinen persönlichen Schutz zu stellen, sie will politisch verhört werden. Sie schließt sich immer mehr ab und ist zu keiner Beschäftigung zu bewegen.

Bei der Untersuchung wird die Schilddrüse als vergrößert und derb beschrieben. Es besteht leichte Protrusio bulbi, Fingertremor und Feuchtigkeit der Hände. Nach entsprechender Behandlung wird Pat. zugänglicher und schließlich wesentlich freier. Sie hat Einsicht für das Krankhafte ihres Verhaltens, weiß aber nicht zu sagen, was mit ihr vorgegangen ist. Sie erinnert sich nicht mehr recht an alles, weiß nur, daß sie Angst hatte, aber nicht warum.

Ein halbes Jahr später bietet Pat. in psychischer Hinsicht keine Besonderheiten mehr. Ihre Stimmungslage ist gleichmäßig ruhig. Ihre intellektuellen Leistungen sind gut, ihre Angaben geordnet und klar. Es finden sich keine Zeichen einer gemütlichen Veränderung oder Denkstörung. In körperlicher Hinsicht bietet Pat. nur noch leichte thyreotoxische Erscheinungen.

Fall 2: Walter R., 28 Jahre.

Ueber Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie sei nichts bekannt.

Patient habe in der Schule ausreichend gelernt. Von allen seinen Stellen habe er gute Zeugnisse bekommen. Seit 1931 sei er als Artist tätig. Er müsse während seiner Vorführung Petroleum und einen halben Eimer Wasser mit Fischen austrinken. Häufig werde seine Tätigkeit durch alkoholische Getränke gelohnt. Nach Angabe des Vaters soll Pat. seit seinem 20 Lebensjahr sehr viel getrunken haben, besonders Schnaps und Bier. Seit Weihnachten 1936 sei er im Wesen verändert, reizbar und ängstlich, habe häufig geweint und über Magen- und Kopfbeschwerden geklagt. Er habe jedoch weiter getrunken. Sein Zustand sei immer schlechter geworden und er habe zeitweise verworren geredet. Tag und Nacht sei er umhergeirrt und habe vor Angst nicht geschlafen, denn die Polizei wolle ihn holen. Er sei sehr erregt geworden und habe seinen Bruder mit einem Messer verfolgt. In dauerndem Bewegungsdrang habe er alte Knöpfe und Brotreste gesammelt. Er habe angenommen, er solle vergiftet werden.

Während des Anstaltsaufenthaltes ist Pat. dauernd mürrisch und abweisend, zeitweise stark erregt. Er grimassiert ängstlich und klagt über Schmerzen in Armen, Beinen und Bauch. Durch Fragen ist er nur schwer zu fixieren und redet meist vorbei und zerfahren. Er äußert immer wieder, er wisse nicht, was er tun solle, ihm fehle eine feste Leitung, er sei so verwirrt im Sinn. Nachts verläßt er sein Bett und geht pfeifend und singend im Saale umher. Er glaubt, das Essen sei ver-

giftet und er habe früher „zuviel Strom bekommen" oder sei hypnotisiert worden. Nach dem langsamen Abklingen der Erscheinungen liegt Pat. sehr geschwächt im Bett.

Drei Monate später macht Pat. einen unauffälligen Eindruck. Er ist zuvorkommend und bereitwillig. Während der Untersuchung erzählt er von sich aus allerlei Begebenheiten aus seinem Leben. Bei der Befragung nach Zeit und Umständen des Krankheitsausbruches kann er sich an vieles gar nicht mehr erinnern. Er habe sich wie in einem Dämmerzustand befunden, warum er alles getan habe, wisse er selbst nicht. Bei Rekapitulation seiner Erlebnisse lacht Pat. humorvoll über sich selbst und staunt ungläubig. Das Stimmenhören habe er sich eingeredet, man höre doch die anderen Patienten davon sprechen und die Aerzte fragten immer danach. Die Besserung seines Zustandes sei eine sehr plötzliche gewesen. Er berichtet, daß bei einem starken Nikotinabusus ein Rückfall eingetreten sei.

Wenn der Gesamtorganismus durch -exogene Einflüsse schwer geschädigt wird, tritt oft eine Schädigung des Seelenlebens ein. Es versagen die Schutzkräfte, über die das menschliche Hirn verfügt. Abgesehen von den Störungen im Wohlbefinden wie Reizbarkeit, Ueberempfindlichkeit und Schlaflosigkeit, können psychotische Bilder entstehen, die zu Verwechslungen mit organischen Hirnleiden, speziell der Schizophrenie, führen. Sicherlich spielen bei diesen psychischen Störungen konstitutionelle Momente, die sog. symptomatische Labilität, eine gewisse Rolle, denn man findet häufig bei Blutsverwandten eine gleiche oder ähnliche Reaktionsbereitschaft. Oft steht die psychische Veränderung derart im Vordergrund, daß eine Psychose als Folge einer exogenen Schädigung nur schwierig zu erkennen ist.

In Fall 1 bietet die Pat. in körperlicher Hinsicht mit beidseitigem Exophthalmus, der Struma, der feuchten Haut, der relativen Lymphozytose und den Reflexsteigerungen das Bild einer Basedowkranken. Für die Annahme, daß es sich bei der im September 1935 akut beginnenden Psychose um den ersten Schub einer Schizophrenie gehandelt haben könne, finden sich heute keine Anhaltspunkte mehr. In psychischer Hinsicht bietet die Pat. keine Besonderheiten. Ihre Stimmungslage ist gleichmäßig ruhig, ihre intellektuellen Leistungen sind gut, ihre Angaben durchaus klar und geordnet. Es lassen sich keine Zeichen für das Vorliegen einer eine schizophrene Veränderung

kennzeichnenden gemütlichen Verödung oder Zerfahrenheit finden. Für die krankhaften Erlebnisse besteht eine gute Krankheitseinsicht und für viele Vorgänge eine teilweise Amnesie. Pat. meint, ihre Krankheit sei aus der Angst um das verlorene Geld entstanden.

Die Erscheinungen und der Verlauf der Erkrankung lassen auf eine Basedow-Psychose schließen, die sich im Anschluß an eine starke gemütliche Erregung entwickelt hat und mit der Besserung des Grundleidens nach spezifischer Behandlung mit Solvitren ohne irgendwelche Residualerscheinungen abgeklungen ist.

Im Fall 2 weist die Vorgeschichte bedeutsame und sichere Hinweise eines langjährigen extremen Alkoholmißbrauches auf. Die gesamte Symptomatologie spricht mit allergrößter Wahrscheinlichkeit für ein alkoholisches Delir. Dies beweist am besten die heutige Stellungnahme des Pat. zu seiner Erkrankung. Er faßt sie humoristisch auf, lacht über seine damalige Haltung und hält sie durchaus für krankhaft. Sein Benehmen bei der Exploration läßt deutlich erkennen, daß nicht eine mehr oder weniger bewußte Verdrängungstendenz bei guter objektiver Erinnerung zu überwinden ist, sondern daß hier tatsächlich Erinnerungslücken vorliegen, die ein zusammenhängendes Erinnern unmöglich machen, wenn auch hier und da Einzelheiten wieder auftauchen und durch vorsichtiges Fragen weckbar sind. Auch das Erhaltenbleiben der Persönlichkeit, die Rekonstruktion der pathologischen Erscheinungen in subjektivem und objektivem Sinne, die prämorbide Persönlichkeit und die typische Trinkervorgeschichte sprechen dafür. Die Störungen von Weihnachten bis zum 8. Februar 1937 sind als Prodromalerscheinungen zu werten, dann kommt das eigentliche Delir ganz plötzlich zum Ausbruch. Seine Dauer hat wohl die Zeit von 14 Tagen kaum überschritten. An diese delirante Phase hat sich noch ein schwerer körperlicher Erschöpfungszustand angeschlossen.

Manisch-depressives Irresein.

Fall 1: Herta K., 42 Jahre.

Familienanamnestisch ergibt sich, daß in der mütterlichen Familie Schwerhörigkeit erblich sei. Diese beginne mit den zwanziger Jahren, fange einseitig an, gehe mit der Zeit aber auf das andere Ohr über. Sonst keine Geistes- und Nervenkrankheiten in der Familie.

Der Bruder gibt an, seine Schwester sei immer ein sehr verschlossener Mensch gewesen, so daß man stundenlang neben ihr habe sitzen können, ohne daß sie ein Wort gesprochen habe. Sie sei eine kühle und ablehnende, sehr überlegene und herrische, eigensinnige und eigenbrödlerische Persönlichkeit. Sie habe gern intrigiert.

Nach der Schule, in der sie gut gelernt habe, sei sie zunächst zu Hause gewesen. Sie habe keine Neigung gehabt, sich irgendwie zu beschäftigen, sei ohne Freundinnen und ohne ein rechtes herzliches Verhältnis zu ihren Verwandten. Freunde habe sie nie gehabt. Aus Langeweile habe sie dann eine Stellung angenommen. Dort sei eine Bemerkung darüber gemacht worden, daß sie nicht pünktlich gewesen sei. Darauf habe sie mit einer weinerlichen Erregung reagiert und sich nicht beruhigen können. Schon 14 Tage vorher sei sie verändert gewesen, unzufrieden und nörglerisch. Sie habe unnatürlich viel telefoniert, sei redselig geworden und habe in letzter Zeit ununterbrochen gesprochen. Zuerst seien ihre Reden verständlich und sinnvoll gewesen, später aber unverständlich und unzusammenhängend. Pat. sei recht verwirrt gewesen. Sie habe phantastische Aeußerungen gemacht und dabei einen richtigen Größenwahn gehabt: Auf sie warteten die größten Autos, sie führe zu den vornehmsten Orten. Zwischendurch habe sie über Angstgefühl geklagt, sei mißtrauisch gegen ihre Angehörigen gewesen, habe sich im Hause versteckt, sei aus Angst unter ihr Bett gekrochen. Während dieser Zeit habe sie überhaupt nicht geschlafen und nur wenig gegessen, über Herz- und Schilddrüsenbeschwerden geklagt und erklärt, sie könne ihren linken Arm nicht bewegen.

1931 mußte die K. in eine Klinik gebracht werden. Nach dem Bericht des Krankenblattes befand sich die Pat. in dauernder Erregung und redete in ununterbrochenem Fluß. Dabei hatte sie ein lebhaftes Gebärdenspiel, pathetische Gesten und Armbewegungen. Nach 3 Wochen wurde sie merklich ruhiger. Pat. gibt an, sie sei wohl krank gewesen, könne sich aber an nichts mehr erinnern, sie habe wohl geträumt. Stundenweise wieder stärkerer Rededrang. Sie ist erstaunt zu hören, was sie alles getan hat. Nach 6 Wochen, am Tage der Entlassung, ist sie noch etwas matt und ohne Lust, irgend etwas zu unternehmen.

Nach der Entlassung sei Patientin ein Jahr lang unauffällig gewesen und habe ihren Posten wieder ausgefüllt. Plötzlich sei bei ihr ein großer Rededrang aufgefallen, sie sei zunehmend laut und unruhig geworden und habe nicht mehr geschlafen.

Bei der zweiten Anstaltsaufnahme im Jahre 1932 wird die K. als sehr lebhaft und unruhig geschildert; sie rede ununterbrochen unter starker Beteiligung der Hände, wechselte fortgesetzt ihre Stellung, grimassiere, spucke, ziehe ihr Hemd aus

und schlinge es um sich. „Ich will den schönen Busen haben, wenn Visite kommt. ... Also da ist der Bismarckturm, Fahnenstange, Wasser ... Wir machen jetzt Wellenbrechen, Feuerzauber aber nicht. Kille-Kille macht keiner ... Blutsuhr, wir können ja die Uhren immer umtauschen." Singt dann laut. Auf Fragen antwortet sie nur selten. Nach 4 Wochen wird Pat. ruhiger, bleibt im Bett und spricht weniger.

Diese Anfälle haben sich noch mehrmals wiederholt. Sie waren stets gefolgt von völliger Wiederherstellung der Gesamtpersönlichkeit. Einmal habe eine sechswöchige Pause dazwischen gelegen, einmal 2 Jahre.

Bei keinem der mehrwöchigen Anstaltsaufenthalte ist bei den körperlichen Untersuchungen ein krankhafter Befund erhoben worden.

Bei der jetzigen Untersuchung gibt Pat. an, nicht erbkrank zu sein. Sie führe diese Zustände, in denen sie, wie sie zugeben müsse, irre sei, auf die jedes Mal vorausgehende Schlaflosigkeit zurück. Oefter habe sie schon solche Anfälle mit einem Mittel „Herzkraft" erfolgreich bekämpft. Sie habe jetzt nachts starkes Herzklopfen, besonders wenn sie sich angestrengt habe.

An ihren Klinikaufenthalt kann sie sich gut erinnern mit Ausnahme des ersten Tages. Sie wisse genau, was sie dort gemacht habe.

Fall 2: Alfred R., 45 Jahre.

Ueber Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie ist nichts bekannt.

R. habe in der Schule gut gelernt. Er sei immer ein lebhafter Mensch gewesen, unterhaltend und zu Scherzen aufgelegt. Alle hätten ihn gern gehabt. Er habe viele Interessen gehabt, alles behalten, was er gehört habe, und sei immer verträglich gewesen.

1914 habe er einen Granatschuß in die Brust, rechten Ellenbogen und rechte Achselhöhle erhalten. Während seiner Verwundung hätten Zustände tiefer Depression, in denen er über seine Verwundung jammerte und übertriebene Angaben über die Schwere derselben machte, mit gehobener Stimmung gewechselt, in denen er übermäßig lustig und zu Scherzen geneigt gewesen sei. Trotz guten Heilungsverlaufes habe Patient fortwährend über heftige hin und her wandernde Schmerzen geklagt, er werde nie wieder gesund. Dann habe er plötzlich wieder behauptet, er sei ganz gesund und wolle nach Hause. Seine Reden seien meist religiösen Inhaltes gewesen, er habe Bibelstellen aufgesagt und religiöse Lieder gesungen.

In einem Attest wird angegeben, daß R. mit einer floriden, an Tobsucht grenzenden Manie in die Anstalt kam, die anfangs anscheinend in Besserung überging, nach einigen Tagen aber

wieder frisch einsetzte und dann abklang. Die Art und Weise der Erkrankung, die ziemlich oft neben ausgeprägten Sinnestäuschungen, teils persekutorischen Charakters, viele alberne, kindliche Züge mit Negation und gespreiztem Wesen zeigte, ließe sich als Dementia praecox bezeichnen. Alles war an ihm in Bewegung, er marschierte, gestikulierte, lief ziel- und zwecklos umher. Zwischendurch war er leicht gehemmt, jedoch klar und konnte sich auf alles besinnen."

Nach der Entlassung habe sich bei R. eine häufige Müdigkeit und leichte Erregbarkeit bemerkbar gemacht. Er habe jedoch „in normalem Geisteszustand" geheiratet, und seine Ehe sei glücklich verlaufen. Durch eine Verletzung am Schienbein habe er wieder Angstgefühle bekommen. Es seien Wahnideen aufgetreten, er habe Stimmen gehört und geglaubt, elektrisiert zu werden und eine starke magnetische Kraft zu besitzen. Von seinen Händen gingen unsichtbare Strahlen, Kraftstrahlen, aus. Er habe dann eine Scheibe eingeschlagen und sich mit den Splittern am Hals verletzt.

In den folgenden 10 Jahren soll Patient völlig unauffällig gewesen sein. Ende 1933 sei er wieder unruhig geworden und habe schlecht geschlafen. Bei einer Schupoübung habe er „SA. SS und Stahlhelm, Rotfront und Heil Moskau" gerufen und sei verprügelt und festgenommen worden. In dieser Zeit sei er äußerst unruhig gewesen, er habe getobt und sich den Kopf an einer Wand einzurennen versucht.

Erneut in einer Anstalt ist er ruhig, willig und orientiert. Er äußert viele hypochondrische Klagen über Schmerzen, die noch von seiner Kriegsverletzung herrühren sollen. „Der Stuhlgang sei vernachlässigt, die Selbstgifte seien ihm in den Kopf gestiegen, er habe Stimmen gehört und Gespräche mit ihnen geführt, habe den Stimmen gehorcht und sich auf einen solchen Befehl den Kopf eingerannt."

Vier Jahre später klagt Patient über schnelle Erschöpfbarkeit sowohl in geistiger als auch in körperlicher Beziehung, über leichtes Frösteln bei niedriger Temperatur. Wenn die Temperatur richtig sei, sei der Schlaf auch gut und die anderen vegetativen Funktionen ungestört. Er kann sich an alle Vorgänge gut erinnern und sucht sie durch seine Verwundung zu erklären.

In psychischer Hinsicht macht R. einen gleichmäßig depressiven Eindruck, sein Gesichtsausdruck ist immer etwas bekümmert, seine Sprache leise und zögernd. Der Gedankenablauf ist langsam, die intellektuellen Fähigkeiten ausreichend. In seinen Ausdrucksbewegungen hat er weder etwas Steifes noch Maniriertes, sein Affekt ist tiefgehend und anhaltend. Schlaf und Appetit sind ausreichend. In seinen zahlreichen hypochondrischen Klagen kommt während der Unterhaltung immer wieder sein depressiver Affekt zum Ausdruck.

In der Röntgenuntersuchung zeigt sich auf der linken Seite, 1 cm vom linken Sternalrand entfernt, unmittelbar unter dem Rippenknorpel, ein etwa bohnengroßer, unregelmäßiger metalldichter Fremdkörper, 1 cm ventral davon 1 hirsekorngroßer und ein dritter im rechten Obergeschoß innerhalb der Lunge. Ein Befund, der auf eine organische Erkrankung des Zentralnervensystems und damit auf eine Entstehung des Leidens auf organischer Grundlage hinweisen würde, ergibt sich nicht.

Im 1. Fall treten bei der prämorbiden Persönlichkeit gewisse Wesenseigentümlichkeiten in Erscheinung, die bei der in Frage stehenden Psychose an einen schizophrenen Prozeß denken lassen. In Fall 2 wird diese Annahme dadurch unwahrscheinlich, daß hier eine ausgesprochen hyperthyme Konstitution vorliegt.

Die einzelnen Krankheitsauftritte sind im Fall 1 in ihrem Erscheinungsbild völlig identisch. Es handelt sich jedesmal um ein hyperkinetisches Zustandsbild mit starkem Rededrang, Ideenflucht und gehobenem Selbstgefühl bei gehobener, selten gereizter Stimmungslage. Wahnideen, Beeinträchtigungsgefühle oder halluzinatorische Phänome irgendwelcher Art fehlen. Wesentliche Erinnerungslücken bestehen nicht.

In Fall 2 zeigen die einzelnen Krankheitsphasen einen von einander verschiedenen und atypischen Verlauf. Während die erste Erkrankung durch steten Wechsel zwischen kurzdauernden manischen Zuständen und solcher tiefster Depression charakterisiert ist und dann in eine rein depressive Phase hinübergleitet, werden die beiden letzten Verstimmungszustände durch eine mehrmonatige depressive Phase eingeleitet, um dann vorübergehend das Bild eines Mischzustandes im Sinne einer agitierten Depression und bei der letzten Erkrankung eines Stupors zu bieten.

Gegen das Vorliegen einer Schizophrenie sprechen der phasenhafte Verlauf mit der nach Abklingen der Krankheitsauftritte einsetzenden völligen Wiederherstellung der Gesundheit und dem Fehlen jeder schizophrenen Persönlichkeitsveränderung. Die Auffassung dieser Zustände als zum manisch-depressiven Formenkreis gehörig, wird im wesentlichen durch das Fehlen jeglicher Defektsymptome und im Hinblick auf die Remissionen, mit denen die einzelnen psychotischen Zustände abgeklungen sind, begründet.

Beide Patienten können sich an alle Vorgänge gut erinnern und machen jetzt den Eindruck einer geschlossenen Persönlichkeit.

August Ch., 49 Jahre.

Ueber Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie sei nichts bekannt. Eine Schwester habe 6 Jahre Gefängnis bekommen, weil sie ihre Hauswirtin in einem Streit erwürgt habe.

In der Schule sei Pat. mäßig begabt gewesen und habe schlecht gelernt. Während seiner Dienstzeit 1911 bis 1913 habe er einige kleine Strafen bekommen, 1918 einen Zusammenstoß mit einem Offizier gehabt, wobei er diesen bedroht habe. Seit 1923 habe Pat. häufig getrunken und seine Frau mißhandelt.

1930 kommt Pat. in eine Heil- und Pflegeanstalt. In der Krankengeschichte heißt es: Bei der Einweisung bietet Pat. ein depressives Zustandsbild, dissimuliert. Er gibt an, er höre Stimmen, die ihn aufforderten, Personen, welche ihm Widerspruch leisten, totzuschlagen. Beziehungs- und Beeinträchtigungsvorstellungen werden negiert. Er ist mitunter erregt und attackiert Mitpatienten in brutaler Weise. Später benimmt er sich unauffällig und wird nach Hause entlassen.

Ein halbes Jahr später wird Pat. erneut eingeliefert. Er gibt an, er habe einen Drachen in der Luft gesehen und das Gefühl gehabt, dieser Drache sei seine Frau. Da habe er seine Frau mit einem Seitengewehr gestochen.

Während des Aufenthaltes brüllt er häufig, schreit und ist nicht zu fixieren. Er ist gewalttätig und versucht, sein Bett aus dem Fenster zu werfen. An anderen Tagen ist er sorglos heiter, beschäftigt sich aber in keiner Weise und hat auch kein Interesse für seine Umgebung. Er äußert mitunter wahnhafte Ideen und ist sehr unverträglich.

Sieben Jahre später kommt Patient wieder zur Untersuchung. Er zeigt allgemein dürftige intellektuelle Fähigkeiten doch keine formalen Denkstörungen und keinen Autismus. Die meisten Angaben der Krankenblätter weist er als unrichtig zurück. An Einzelheiten kann er sich nicht mehr erinnern. Seine Straftaten sucht er durch die Schuld der anderen zu erklären und sie als nebensächlich abzutun. Auf der Station ist er ruhig und unauffällig und verträgt sich mit den anderen Kranken. Seine Stimmung ist heiter. Er zeigt keinerlei Sorge um die Zukunft und möchte noch lange in der Anstalt bleiben, da es doch so schön dort sei.

Die Betrachtung der Gesamtpersönlichkeit macht wahrscheinlich, daß in diesem Fall ein Schwachsinn vorliegt. Der Pat. bot schon in der Jugend starke Anzeichen einer intellektuellen und sozialen Minderwertigkeit. Die auch jetzt in

psychischer Hinsicht festzustellende Interesselosigkeit und Beschränktheit standen schon damals im Vordergrund, so daß eine wesentliche Persönlichkeitsveränderung nicht erfolgt ist und die Annahme eines schizophrenen Schubes oder einer Pfropfhebephrenie unwahrscheinlich wird. Ein Zerfall der Persönlichkeit im Sinne der Schizophrenie besteht nicht. Zu der vorliegenden Beschränktheit paßt auch die Art seines Verhaltens, die Interesselosigkeit und die geringe affektive Beteiligung.

Ein wesentliche Rolle als auslösendes Moment bei den beiden akuten Erregungszuständen spielt sicher auch der langjährige Alkoholgenuß, von dem die Krankengeschichte berichtet. Schon oft wurde Pat. im Rausche gegen seine Frau hemmungslos tätlich. Seine Handlungen sind die eines debilen und ästhetisch stumpfen Menschen.

Rückbildungsalter.

Fall 1: Anna St., 45 Jahre.

Ueber Geistes- und Nervenkrankheiten in der Familie nichts bekannt.

Patientin sei in der Volksschule eine gute Schülerin gewesen und nie sitzengeblieben. Bei der Heirat habe sie ein uneheliches Kind mitgebracht.

Der Ehemann schildert seine Frau als einen heiteren, geselligen Menschen, als tadellose Hausfrau, die sehr tätig und lebhaft sei, voller Liebe und Sorge für ihn und die beiden Kinder. Verstimmungen und Reizbarkeit habe sie nie gezeigt und sei durch nichts aus dem inneren Gleichgewicht zu bringen und nie krank gewesen.

In den letzten Jahren habe sie sich mit spiritistischer Literatur beschäftigt. Seit Anfang 1934 seien ihm häufig sinnlose Bemerkungen seiner Frau über Spiritismus aufgefallen, z. B., daß der Spiritismus in ihre Wohnung eingeschaltet sei, daß man sie spiritistisch beeinflusse und als Medium benutze. Manchmal habe sie morgens über Kreuzschmerzen geklagt und geäußert, in der Nacht sei der Spiritismus wieder dagewesen und habe mit ihr Geschlechtsverkehr gehabt. Es sollen auch allerlei Gegenstände auf spiritistischem oder galvanischem Wege abhanden gekommen sein. Sie habe ohne Ursache fremde Menschen belästigt und ihnen z. T. sexuelle Verhältnisse zu ihr angedichtet.

In einer Krankengeschichte des Jahres 1935 wird die körperliche Untersuchung ohne krankhaften Befund und die Intelligenzprüfung als ohne wesentliche Defekte geschildert. Patientin ist ruhig und geordnet, gibt auf alle Fragen Antwort. Sie glaubt,

zu Unrecht in der Anstalt zu sein. Seit einem halben Jahr trieben die vorübergehenden Personen mit ihr Hokuspokus, sie würde dann für einige Stunden alt und braun. Von den vorbeigehenden Männern werde sie im Rücken „geziept". Ihr Wesen wird als euphorisch, affektflach und heiter bezeichnet. Krankheitseinsicht besteht nicht. Schon bald nach der Aufnahme bestreitet sie, ein Medium zu sein. Auch würde sie nicht mehr „geziept". Sie will von spiritistischer Beeinflussung nichts mehr wissen; die Sache sei jetzt für sie erledigt, sie wolle nach Hause. Sie weicht einer näheren Begründung ihres Verhaltens mit dieser Erklärung aus. Sie negiert, jemals Stimmen gehört und Halluzinationen gehabt zu haben. Ihr Verhalten gegenüber fremden Personen hält sie für begründet, denn es seien ihr doch tatsächlich Gegenstände gestohlen worden. Einmal gibt sie zu, daß manche Personen wohl eine besondere Macht über sie gehabt hätten, vielleicht infolge ihrer spiritistischen Beschäftigung. Sie habe dann in Gegenwart dieser Personen so ein dumpfes Gefühl im Körper gehabt. Im ganzen bleibt Patientin eigensinnig und verschlossen.

Bei einer späteren Untersuchung macht Frau K. ihre Angaben mit lebhafter Mimik und deutlichem Affekt, so daß sie oft fast ein maniformes Bild bietet. Sie macht einen sehr affektiven und leicht erregbaren Eindruck. Ihre Stimmung ist fast stets zufrieden und heiter und geht aus einer gewissen Ironie und Resignation hervor, mit der sie sich, wie sie selbst sagt, in ihr Schicksal fügt. Ihren wahnhaften Erlebnissen steht sie mit noch immer geringer Einsicht, aber teils mit beginnendem Zweifel an deren Realität gegenüber.

Fall 2: Martha B., 44 Jahre.

Nerven- und Geisteskrankheiten seien in der Familie noch nicht aufgetreten.

Patientin sei in der Schule nur bis zur 2. Klasse gekommen. Sie habe häufig über Kopfschmerzen geklagt.

Der Ehemann schildert seine Frau als ordentliche und strebsame Hausfrau. Mit anderen Leuten habe sie sich kaum jemals befreundet und sei immer geneigt gewesen, von anderen Böses zu denken. Besonders schlecht habe sie sich mit ihren Schwiegereltern vertragen. Sie sei sehr nachtragend, nehme alles gleich übel, sei dann sehr erregt und schimpfe laut.

Erst 1936 seien gehäufte Erregungszustände aufgetreten. Patientin sei krankhaft mißtrauisch geworden und habe Zufälligkeiten krankhaft mißdeutet. Außerdem habe sie sehr schlecht geschlafen und oft über Kopfschmerzen geklagt. Sie habe geäußert, die Nachbarn schikanierten sie, indem sie Andeutungen machten, in denen sie der Unehrenhaftigkeit und Unanständigkeit bezichtigt würde. Besonders hätten sie ihre Tochter verleumdet. Die Nachbarn durchsuchten in ihrer Abwesenheit die Wohnung. Auch eigenartige Gasgerüche habe sie

wahrgenommen. Sie habe von farbigen Fliegerbomben erzählt, von denen sie ihr Leben und das ihrer Familie bedroht glaube. Auch habe sie sich von einem grauen Auto verfolgt gefuhlt, in dem sie einen Mann des Finanzamtes vermute. Wenn man versuchte, ihr diese Vermutungen auszureden, fange sie an, laut zu schimpfen. Dabei hole sie alle möglichen Erlebnisse und Dinge hervor, die mit der anfänglichen Behauptung keinen Zusammenhang hätten. Besonders erregt sei sie geworden, als sie von dem Erbgesundheitsgerichtsverfahren gehört hätte. Sie habe behauptet, daß die Nachbarn nun endlich das erreicht hätten, was sie gewollt.

Bei der Untersuchung in der Charité ist eine Unterhaltung mit Frau B. sehr schwierig, weil es nicht gelingt, sie für längere Zeit an ein Thema zu fixieren. Sie schweift immer wieder ab, um von irgendwelchen ihr gerade in den Sinn kommenden Dingen zu reden. Es ist aber trotzdem möglich, ein gutes Bild von ihren Wahnvorstellungen zu bekommen, bei denen paranoide Ideen, die vorwiegend an die Mitbewohner ihres Hauses anknüpfen, eine große Rolle spielen. Sie betont jedoch spontan, daß sie sich in der Klinik sehr wohl und sich nicht verfolgt fühle.

Obwohl sie an keiner einzigen ihrer Behauptungen bei Einwänden wirklich festhält und sich immer bereit zeigt, eine Täuschung für möglich zu halten, ist sie doch von der Gesamtheit ihrer Vorstellungen in keiner Weise abzubringen. Bei ihren Ausführungen und besonders, wenn ihr widersprochen wird, kommt sie in einen recht guten Affekt, der dem Inhalt des Besprochenen entspricht.

Sie hat keine Störungen ihres Gedächtnisses und ihrer Merkfähigkeit. Optische und akustische Halluzinationen treten während des Klinikaufenthaltes nicht in Erscheinung und werden auch auf Suggestivfragen nicht zugegeben.

Bei der körperlichen Untersuchung finden sich am Skelettsystem rachitische Veränderungen, in neurologischer Hinsicht kein Befund. Das Unwohlsein, das früher regelmäßig war, hat sich seit 1½ Jahren verändert.

Da in beiden Fällen im Vordergrund des Krankheitsbildes eine Flüchtigkeit des Gedankenablaufes und des affektiven Verhaltens stand und gelegentlich Beziehungs- und Verfolgungsideen geäußert wurden, in Fall 1 besonders Halluzinationen der Körpersphäre, wurde ärztlicherseits eine schizophrene Erkrankung angenommen, wobei in der Beschlußfassung des Erbgesundheitsgerichts in Fall 2 besonders auf den festgestellten „Zerfall der Persönlichkeit und die affektive Ambivalenz" hingewiesen wurde.

Das Fehlen von Willensstörungen und, wie hier festgestellt wurde, Veränderungen der Persönlichkeit und Affektivität machen die Annahme einer Schizophrenie jedoch nicht wahrscheinlich, zumal der Beginn der Psychosen bereits in das höhere Lebensalter fällt und eine ähnliche Erkrankung früher nicht in Erscheinung getreten ist.

Vielmehr entspricht in Fall 1 die seelische Störung, die sich in Beeinträchtigungsideen, vor allem sexueller Natur, illusionärer Verfälschung von Wahrnehmungen, Mißdeutungen und wahnhaften sexuellen Erlebnissen manifestiert und ohne Zerfall der Persönlichkeit, mit Klarheit und Ordnung der gemütlichen Regsamkeit einhergeht, dem Bilde einer paranoiden Psychose des Rückbildungsalters.

Ebenso muß auch in Fall 2 das jetzige psychische Krankheitsbild als Involutionspsychose angesehen werden. Im Vordergrund des Ideenkreises dieser Patientin stehen Beeinträchtigungsideen aus ihrem häuslichen Milieu, jedoch ist es jetzt nicht möglich, eigentlich halluzinatorische Störungen und einen Zerfall der Persönlichkeit festzustellen. Eine Veränderung der Menstruation als Zeichen des beginnenden Klimakteriums trat schon seit einiger Zeit auf. Wesentlich ist ferner die Beobachtung, daß die Pat. hinsichtlich ihres affektiven Verhaltens nicht im schizophrenen Sinne verändert ist. In lebhafter Weise nimmt sie gegen die ihr vermeintlich zugefügten Schikanen Stellung und versucht Abhilfe zu schaffen. Auch bringt sie in der Klinik keinerlei neue Beeinträchtigungsideen vor, sondern schildert nur ihre häuslichen Erlebnisse, von denen sie sich hier, wie sie selbst angibt, weniger berührt fühlt.

Hyperkinese.

Fall 1: Hilma K., 20 Jahre.

Eine Schwester der Mutter habe eine Geistesstörung gehabt und sei in einer Anstalt gewesen.

Pat. sei als Kind an Masern erkrankt, sonst immer gesund gewesen. Sie habe die Volks- und Handelsschule stets als Beste in der Klasse besucht. Nach der Schulentlassung sei sie 3 Jahre mit sehr guten Zeugnissen als Kontoristin tätig gewesen, anschließend in das Haushaltungsjahr gekommen. Die erste Stellung in einer Wirtschaft habe sie bald aufgegeben, da sie als Animierdame verwendet worden sei. Sie sei dann auf ein Gut gekommen, nach 11 Tagen jedoch an einer Erkältung erkrankt und nach Hause zurückgekehrt. Während dieser

Zeit habe sie starke Kopfschmerzen bekommen und sei wegen Ausbruches einer Geisteskrankheit am 9. 4. 1935 in ein Sanatorium gekommen.

Im Krankenblatt ist am 10. 4. 1935 verzeichnet: Sehr unruhig, läuft im Zimmer umher und wälzt sich im Bett, singt laut. Spricht zeitweise vor sich hin: „Es war wie eine Voraussehung, wie eine Phantasie, die Voraussehung war gut, die hätte den Weltfrieden gebracht, dann hätten wir wieder ein Deutsches Reich." (Haben Sie Bilder gesehen?) „Ja, ich habe so oft Bilder gesehen, meine Schwester war einmal bei mir und hat mir Märchen gebracht, meine Schwester soll geplatzt sein vor Dicke „Der Führer spricht" hieß das Buch, ich habe es ausgestrichen: Der Vater spricht. Günther, Günther, alle beide sind wir tot, einen Tod gibt es nicht!" Meint dann, sie sei im Himmel gewesen. Auf die Frage, von wem ihre Gedanken beeinflußt würden: „von Adolf Hitler; der gibt mir Kraft, er sollte mal mein Vater werden." Muß katheterisiert werden. 12. 4.: Weiterhin sehr unruhig, inkohärenter Rededrang. 13. 4.: Stärkste motorische Unruhe, zertrümmert ihr Bett, muß gefüttert werden. 1. 5.: Spricht zerfahren vor sich hin. 14. 5.: In letzter Zeit ruhiger, aber noch sehr unzugänglich, macht keine Angaben, ist ralos und gehemmt. 22. 5. 1935: Zustand etwas gebessert, nähere Angaben sind aber noch nicht zu erhalten.

Vom 24. 4. 1936 liegt folgendes Gutachten über die Patientin vor: Aeußerlich geordnet und orientiert. Zu ihrer früheren Krankheit hat sie eine nicht genügend kritische Einstellung. Sie gibt zu, während ihrer Erkrankung unter akustischen Halluzinationen, hynotischer Beeinflussung und körperlichen Beeinträchtigungsideen durch elektrische Ströme gestanden zu haben. Ihre Einstellung zu diesen Erscheinungen ist nicht nur unkritisch, sondern auch affektiv oberflächlich. Es besteht der Verdacht, daß es sich um einen ersten schizophrenen Schub gehandelt hat.

Bei einer Nachuntersuchung am 15. 10. 1936 zeigt Pat. keinerlei Defektsymptome mehr. Sie gibt an, sich an nichts mehr erinnern zu können, sie habe alles erst nachher erfahren. Während des Krankheitsausbruchs sei sie erkältet gewesen und habe hohes Fieber gehabt. In der Anstalt habe sie Angst vor den anderen Kranken gehabt und nicht gewußt, wo sie sei. Nach der Entlassung sei sie nach 14 Tagen völlig gesund gewesen, habe sich körperlich erholt und an Gewicht zugenommen. Sie arbeite jetzt wieder als Kontoristin.

Fall 2: Herta M., 30 Jahre.

Aus der Familienanamnsee ergibt sich, daß ein Halbbruder des Vaters Selbstmord verübt habe, ferner soll ein Vetter des Vaters ein Sonderling gewesen sein.

Die Patientin selbst habe mit 4 Jahren eine Art Veitstanz gehabt. In der Schule sei sie ein stilles und gewissenhaftes Kind gewesen, habe gut gelernt, aber schwer Anschluß gefunden, sei immer scheu und zurückhaltend gewesen. Gegen Ende ihrer Schulzeit habe sie 1/2 Jahr wegen nervöser Störungen in der Schule aussetzen müssen. Später sei sie in eine Frauenschule gekommen, wo sie großen Gewichtsverlust gehabt und versagt habe. Zu Hause seien daraufhin starke Erregungszustände aufgetreten, sie habe Gegenstände aus dem Fenster geworfen und behauptet, mit den Hohenzollern verwandt zu sein. Auf ihrem Handrücken glaubte sie„ „W" (Wilhelm) zu sehen.

Es wurde 1925 ein Sanatoriumsaufenthalt notwendig. Die Krankengeschichte gibt an: Maniformes Zustandsbild, starker Bewegungs- und Rededrang mit Klangassoziationen. Nahrungsverweigerung, läßt Urin und Stuhl unter sich. Größte motorische Unruhe. Langsam wird Pat. ruhiger, ist zeitweise ganz geordnet, ißt mit Heißhunger und schläft besser. Ihr Wesen ist jetzt mehr läppisch als erregt. Der Zustand bessert sich soweit, daß sie entlassen werden kann.

Dann sei Pat. 5 Jahre lang unauffällig gewesen. Sie habe im Haushalt geholfen und wenig Umgang mit jungen Leuten gehabt. 1930 habe sie unter lebhafter Anteilnahme zwei Festlichkeiten mitgemacht. Plötzlich sei sie verändert gewesen, aufdringlich mit starkem Rededrang. Sie habe unsinnige Briefe geschrieben und sei wieder in eine Anstalt gekommen.

Die Krankengeschichte berichtet von einem normalen körperlichen Befund. Die Psychose ist der aus dem Jahre 1925 äußerst ähnlich. Durch Harnverhaltung bekommt Pat. eine Cystitis und darauf eine Cystopyelitis mit Fieber bis 40 Grad. Für die Zeit ihrer Erkrankung fehlt ihr jede Erinnerung. Nach Sinnestäuschungen gefragt, gibt sie an, wohl manche komische Worte gehört zu haben, diese seien aber auf die Reden anderer Patienten zu beziehen.

1938 kommt Pat. wieder zur Untersuchung. Sie wirkt unauffällig und gibt einen geordneten Bericht ihrer verschiedenen Erkrankungen, kann sich aber nicht an alles erinnern. Seit 1930 habe sie sich stets ganz gesund gefühlt, Arbeitslust und Lebensfreude gehabt. Sie helfe tüchtig im Haushalt, vertrage die Arbeit gut, interessiere sich für alles und habe einige Bekannte. Pat. erwähnt noch, ein Teil ihrer Sinnestäuschungen gehe wohl darauf zurück, daß man ihr in der Anstalt die Brille abgenommen habe und sie dadurch sehr beunruhigt gewesen sei und Situationen verkannt habe. Sie zeigt eine angemessene Affektivität ohne besondere Beeinflußbarkeit und ohne Anzeichen unbegründeten Widerstandes. Weder in ihrer Auffassung noch im Urteil sind Störungen zu bemerken. Es findet

sich kein Anhalt mehr für Sinnestäuschungen oder Wahnideen; auch bei nahem Eingehen auf ihre früheren Sinnestäuschungen und krankhaften Vorstellungen lassen sich keinerlei wahnhafte Reste entdecken.

Im Fall 1 haben nach den Angaben der Pat. bei der einmaligen Psychose eine fieberhafte Erkrankung und schwere Erschöpfung, vielleicht auch Alkohol, zu dessen Genuß sie in ihrer ersten Stelle gezwungen war, eine wesentliche Rolle gespielt. Besondere Beachtung verdient, daß im Vordergrund der Psychose eine äußerst starke Bewegungsunruhe stand, die durch Wälzen im Bett, Umherlaufen und auch durch den dauernden Sprechdrang zutage trat, bei dem durch die Uebererregung unzusammenhängende Sätze und Gedanken geäußert wurden. Dann bestand eine schwere Orientierungsstörung, die auf eine Bewußtseinstrübung schließen läßt, so daß auch jetzt noch jede Erinnerung an die Erkrankungszeit fehlt. Das Verhalten der Pat. zeigt eine völlige Aufgeschlossenheit und keine irgendwie als schizophrene Resterscheinungen zu deutenden Veränderungen.

Im Fall 2 ist die Pat. in Abständen von mehreren Jahren einmal leicht und zweimal schwer erkrankt. Auch in diesem Falle finden sich heute keine schizophrenen Defekte. Es bestanden bei dieser Pat. ein sehr erheblicher Sprech- und Bewegungsdrang mit ideenflüchtigen, oft ängstlich gefärbten Aeußerungen und Verkennungen. Das Bewußtsein war während der Krankheitsvorfälle eingetrübt und herabgesetzt. Es ist nach den Krankenberichten nicht bekannt, ob während der beiden ersten Erregungszustände eine fieberhafte Erkrankung vorgelegen hat, bei der letzten Psychose bestand jedoch Fieber bis zu 40 Grad. Diese Intoxikation wird als exogener Faktor eine nicht unwesentliche Rolle gespielt haben.

Bei dieser Symptomatologie handelt es sich um Krankheitsprozesse, die als hyperkinetische Psychosen zusammengefaßt werden und wahrscheinlich exogener Natur sind, sich gelegentlich, wie in Fall 2, wiederholen können und zum Unterschied von den katatonen Erregungen ohne Hinterlassung eines Defektzustandes abheilen.

Luespsychose.

Fall 1: Wilhelm K., 45 Jahre.

Ueber Geistes- und Nervenkrankheiten oder sonstige Auffälligkeiten in der Familie nichts bekannt.

Pat. habe 1909—1911 gedient und sei 1916 als Unteroffizier am rechten Unterschenkel verwundet worden. Während des Krieges habe er eine Syphilis bekommen und darauf drei Salvarsankuren durchgemacht. Er habe dann geheiratet, ein Kind bekommen und sei Vorarbeiter in einer Braunkohlengrube gewesen. Seit 1932 habe er häufig Kopfschmerzen. Er sei damals mit dem Fahrrad gestürzt, auf die linke Seite gefallen und habe sich schwer am Rücken und Kopf gestoßen. Daraufhin sei er mit den Nerven zusammengebrochen und in einen Erregungszustand geraten, der sich bis zu Tobsuchtsanfällen gesteigert habe.

In der Anstalt ist Pat. außerordentlich ängstlich und läßt sich nicht anfassen. Er verweigert die Nahrungsaufnahme, weil Gift im Essen sei. Oertlich und zeitlich ist er nicht orientiert, dazu sehr unruhig, schläft nicht, läuft im Saal umher, spricht von Stimmen, die er höre, und glaubt, in anderen Patienten alte Bekannte zu erblicken. Er redet von Wetterstrahlen, die die Menschen bearbeiten und die er korrigieren müsse. Er verdanke diese Strahlen Gott und der Kirche. Dann spricht er zur Decke hin und horcht auf Stimmen. Später ist er auffallend verschlossen, liegt still im Bett und gibt auf Fragen keine Antwort. Er produziert Größenideen, lacht, weint, legt sich in falsche Betten und ist aggressiv.

Nach ungefähr 5 Monaten tritt eine rasche Besserung ein, so daß er ruhig und geordnet nach Hause entlassen werden kann.

Das Enzephalogramm ergibt eine unvollkommene Luftfüllung des Ventrikelsystems. Gefüllt sind die beiden Seitenventrikel ud der 3. Ventrikel, während der 4. Ventrikel nicht sicher zu erkennen ist. Der linke Seitenventrikel ist geringgradig erweitert. Auf der a. p. Aufnahme erscheinen einzelne Spalten etwas breiter, als es der Norm entspricht. Einige basale Cesternen sind ebenfalls lufthaltig.

Die luesspezifischen Reaktionen und ihre Ergänzungsreaktionen sind jetzt im Blut und Liquor negativ.

	Opaleszenz.
Globulinreaktion:	1/5 pro Mille.
Gesamteiweiß:	Durch Kristalle verunreinigt, deutliche Ver-
Sediment:	mehrung der Rundzellen.

Sehnenreflexe an Armen und Beinen gesteigert. Achillessehnenreflex links lebhafter. Beiderseits Neigung zu klonischen

Nachzuckungen. Gekreuzter Adduktorenreflex. Rechts Andeutung von pathologischen Zehenreflexen: Babinski mit Spreizung der Zehen, Rossolimo, Mendel-Bechterew. Keine Lähmungen, keine Sensibilitätsstörungen.

Nach 5 Jahren gibt Pat. an, er könne sich an seinen Aufenthalt in einer Anstalt so gut wie gar nicht erinnern. Er würde gern erzählen, aber er wisse nichts mehr darüber. Er sei jetzt zu Hause, habe dauernd Kopfschmerzen, manchmal weniger, manchmal stärker, hauptsächlich im Hinterkopf. Zeitlich und örtlich ist er sicher orientiert. Eine gewisse Redseligkeit und Umständlichkeit ist auffällig. Die Sprache selbst ist etwas verwaschen, es kommt zu häufigen Versprechungen, Auslassen und Umstellungen von Buchstaben.

Fall 2: Arnold E., 43 Jahre.

Ueber Nerven- und Geisteskrankheiten in der Familie nichts bekannt.

Pat. habe in der Schule gut gelernt, eine Handelsschule besucht und sei Schiffsdampfmaschinenbauer geworden. 1911 bis 1913 habe er gedient. 1925 habe er sich mit Syphilis infiziert und mehrfach Salvarsan-Quecksilber-Kuren durchgemacht.

1932 habe sich Pat. auf dem Arbeitsnachweis durch Kriminalbeamte beobachtet und belästigt gefühlt. Immer seien ihm diese Leute mit weit ausgeschnittenen Westen und weißen Oberhemden mit schwarzer Krawatte begegnet. Sie hätten sich mit den Augen gegenseitig verständigt und Kopfbewegungen gemacht. Dadurch sei er sehr erregt worden und habe 8 Tage lang steife Haare bekommen. Er sei für den Kronprinz gehalten worden, sei aber überparteiisch. Er habe auch Stimmen gehört. Schließlich habe er einen Suizidversuch unternommen, indem er sich Schnitte an den Handgelenken beigebracht habe.

In der Anstalt lärmt und schimpft Pat. andauernd laut. Er werde mit elektrischen Wellen behandelt, er fühle es, man wolle ihn umbringen, der Kriminalbeamte mit dem Kaiser-Wilhelm-Bart" sei hinter ihm her. Die Schwester nennt er „Platin", den Arzt „Gold". In einem hochgradigen Erregungszustand bringt er sich wieder Selbstverletzungen bei. Er bittet darum, mit dem Kronprinzen telefonieren zu dürfen, denn er werde überall verfolgt. Dann hält er sich selbst für den Kronprinzen.

Im Liquor: Eiweißvermehrungen.
Veränderung der Kolloidkurven im Sinne einer Lues.

Ein Jahr später bietet Pat. das Bild eines lebhaften Menschen mit offenbar gemehrtem Selbstgefühl und gesteigertem Rededrang. Ueber seine Erkankung spricht er ohne rechte

Einsicht; er schiebt alles auf die Schwierigkeiten, die er gehabt hat. Er bestreitet jegliche Sinnestäuschungen. Sein Benehmen im Krankenhaus führt er auf die dort bekommenen Spritzen zurück.

Beide Patienten haben bereits das 4. Jahrzehnt überschritten und sind bis zu dieser Zeit nie auffällig geworden.

Anamnestisch ergibt sich nichts, was auf eine familiäre Belastung mit Nerven- oder Geisteskrankheiten schließen ließe.

In beiden Fällen liegt eine länger zurückliegende syphilitische Infektion vor.

Wenn auch die Krankheitsbilder gewisse Züge aufweisen, die bei Schizophrenen in Erscheinung treten, so findet sich doch vieles, was dagegen spricht. Zunächst waren die Betroffenen zur Zeit der Erkrankung schon reichlich alt. Dann ist die Erkrankung und gerade auch die Gefühlsbeteiligung an dem Erlebten so stark, wie man sie bei Spätschizophrenen kaum beobachtet.

Bei der körperlichen Untersuchung besteht in beiden Fällen ein neurologischer und serologischer Befund, der für das Bestehen eines organischen Nervenleidens spricht.

Im 1. Fall sind die Sehnenreflexe an den oberen und unteren Gliedmaßen gesteigert und seitendifferent. Es besteht doppelseitiger Fußklonus. Am rechten Fuß sind krankhafte Zehenreflexe festzustellen.

Serologisch findet sich bei negativem Ausfall der luesspezifischen Reaktionen eine deutliche Vermehrung der Rundzellen.

Die Sprache ist undeutlich und verwaschen. Häufig kommen Versprechungen vor.

Im 2. Fall zeigen sich Veränderungen in der Hirn- und Rückenmarksflüssigkeit in der Form von Eiweißvermehrung und Veränderungen der Kolloidkurven.

Es ist also wahrscheinlich, daß die psychotischen Störungen in ursächlichem Zusammenhang mit diesen festgestellten Schädigungen des Nervensystems stehen, die durch die Lues hervorgerufen worden sind. Für ein exogenes Krankheitsbild sind ferner die emotionelle Inkontinenz, die Orientierungs- und Gedächtnisstörungen beweisend.

An eine Luespsychose lassen außerdem die Größenideen und die schweren Angstzustände im Zusammenhang mit der recht deutlichen Verwirrtheit denken.

Katathyme Wahnbildung.

Gertrud G., 36 Jahre.

Vater sei ein roher, reizbarer Trinker gewesen, die Mutter ein jähzorniger Charakter. Die häuslichen Verhältnisse werden als zerrüttet geschildert. Ein Bruder der Patientin habe sich mit 12 Jahren erhängt, eine mit 17 Jahren an Herzschlag verstorbene Schwester sei schwachsinnig gewesen. Ein jetzt 41jähriger Bruder sei seit vielen Jahren verschollen. Eine Tochter des Stiefbruders der Mutter sei im Alter von 40 Jahren geisteskrank in eine Anstalt gekommen.

An Kinderkrankheiten kann sich die Pat. nicht erinnern. Mit 17 Jahren habe sie eine Gonorrhoe durchgemacht, in den Jahren 1929 und 1930 sei sie mehrfach am Unterleib operiert worden. Sie sei in der Schule zweimal sitzengeblieben, das Lernen sei ihr etwas schwer gefallen, sonst aber sei sie lebhaft und vergnügt gewesen. Mit 20 Jahren habe sie geheiratet und eine glückliche Ehe geführt.

Schon seit 1928 habe Pat. gelegentlich Magen- und Darmbeschwerden gehabt und sei ärztlich behandelt worden. Seit 1932 hätten sich die Beschwerden weitgehend verstärkt, so daß sie in ein Krankenhaus zur Beobachtung gekommen sei. Seit 1933 fühle sie sich vom behandelnden Arzt hypnotisiert, sie stehe unter seinem Einfluß. Um dieselbe Zeit sei ihr die Vermutung gekommen, daß ihr Ehemann ihr Gift ins Essen gemischt habe, denn anders könne sie sich ihr dauerndes Magenleiden nicht erklären. Der Arzt habe sie öfter gefragt, ob sie über längere Zeit Mittel genommen habe, wodurch ihr Verdacht, vergiftet zu sein, erst recht bestätigt worden sei.

Bei einem Besuch bei ihren Eltern sei ihr auch der Gedanke gekommen, daß möglicherweise ihr Vater sie mit Blei oder Arsenik vergiften oder mit ausströmendem Dampf aus der absichtlich beschädigten Heizungsanlage verbrühen wolle. Daraufhin habe sie bei der Polizei Strafanzeige gegen ihren Vater erstattet.

Während ihres Aufenthaltes in der Klinik benimmt sich Frau G. nicht weiter auffällig, von gelegentlichem Schluchzen, das durch den ganzen Körper geht und nur bei der Unterhaltung auftritt oder wenn sie sich beobachtet fühlt, abgesehen. Sie gibt bereitwillig Auskunft über die Vorgeschichte und zeigt sich durchaus für die Vorgänge interessiert. Ueber Ort und Zeit und den Zweck ihres Klinikaufenthaltes ist sie gut orientiert. Bei der Prüfung der Intelligenz zeigt sich eine geringgradige Urteilsschwäche. Bei im ganzen etwas flacher Affektlage, die sich mitunter zu einer gewissen depressiven Gehemmtheit steigert, ist der affektive Rapport recht gut erhalten. Kommt man auf ihren wahnhaften Erlebniskomplex, die Befürchtungen, vom Arzt hypnotisiert, vom Vater und Ehe-

mann vergiftet zu werden, zu sprechen, so beginnt sie unter Schluchzen zu weinen, unruhig auf dem Stuhl hin und her zu rücken, erscheint ärgerlich und beunruhigt, daß immer dieselben Fragen an sie gerichtet werden. Dabei scheint sie ein Gefühl für die Krankhaftigkeit ihrer Wahnideen zu haben, was aus der ungenauen Beantwortung der Fragen hervorgeht. Sie bestreitet, jetzt noch hypnotisiert zu werden und meint, sich dies damals „nur eingebildet" zu haben, korrigiert z. T. auch ihre wahnhaften Befürchtungen.

An den inneren Organen, am Zentralnervensystem sowie bei den Untersuchungen des Blutes können keine krankhaften Befunde erhoben werden.

Es handelt sich in diesem Fall um eine paranoide Erkrankung, die vor 4 Jahren mit Magenbeschwerden begonnen hat und auf dem Boden der neuropathischen familiären Belastung und der nachzuweisenden geringgradigen Urteilsschwäche der Pat. entstanden ist. Eine Abneigung gegen den Ehemann und den Vater führt zu dem Vergiftungswahn, der an sich wahre Ereignisse — Magenbeschwerden, defekte Heizungsanlage — einseitig in krankhafter Weise mißdeutet. Der Gedankenkomplex der Vergiftungsideen wird vom Bewußtsein abgespalten und gewinnt eine besondere Affektbetonung innerhalb ihrer sonst ausgeglichenen Stimmungslage. Es besteht jedoch nicht die Tendenz, die Wahnideen weiter auszubauen. Eine Veränderung des Ich im Sinne schizophrener oder paranoischer Persönlichkeitsveränderungen kann nicht nachgewiesen werden.

Da die Erkrankung nicht aus allgemeiner Verstimmung heraus zu einer völligen Persönlichkeits- und Wesensveränderung geführt hat, sondern bei sonstiger Besonnenheit nur einen ganz bestimmten Komplex umfaßt, liegt eine katathyme Wahnbildung vor. Diese paranoide Erkrankung gehört nicht in den schizophrenen Formenkreis, in dem der Wahn in der Form eines festen, dauernden und umsichgreifenden Wahnsystems besteht, das schließlich die ganze Persönlichkeit des Kranken beherrscht.

Zusammenfassend läßt sich sagen, daß bei ungefähr der Hälfte aller Fälle, die zunächst als Schizophrene aufgefaßt wurden, eine andere Krankheit sich als Ursache der schizophrenen Symptome herausgestellt hat. Es zeigt sich daraus, daß auch an sich charakteristische Einzelphänomene keine speziel-

len nosologischen Schlüsse zulassen. So können katatone Erregungen und Stuporzustände bei Intoxikationen und Infektionen aller Art ebensowohl vorkommen wie im Klimakterium und bei luischen Hirnerkrankungen.

Man darf daher vermuten, daß Schizophrenie wahrscheinlich gar keine einheitliche Krankheit ist, sondern daß zahlreiche schizophrenen Symptome allgemeine Reaktionsformen des menschlichen Gehirns dartellen, mit denen es auf ganz verschiedene Schädlichkeiten reagiert.

Es ist auch nicht undenkbar, daß manche Schizophrenien innere Zusammenhänge mit Krankheitsvorgängen haben, die bei geringerer Schädlichkeit oder bei widerstandsfähigeren Gehirnen nur als symptomatische Psychosen in Erscheinung treten. Im Wochenbett pflegen schizophrene Prozesse zu beginnen, und am Beispiel der sog. Wochenbettpsychosen wäre es möglich, aufzuzeigen, daß zwischen den heilbaren symptomatischen Psychosen entbundener Frauen und den unter gleichen Umständen entstandenen Schizophrenien innere Beziehungen bestehen.

Eine gewisse Anzahl von schizophrenen Erkrankungen zeigt allerdings in Symptomatologie, Verlauf und Ausgang eine so weitgehende Uebereinstimmung, daß man diese Gruppe als sog. Kernschizophrenien bezeichnet. Bei dieser Gruppe läßt sich auch in den meisten Fällen eine Erblichkeit nachweisen und gerade sie ist therapeutisch am schlechtesten zu beeinflussen.

Wegen dieser Unsicherheit in der Einteilung und Beurteilung der schizophrenen Erkrankungen, die sich auch in der Literatur findet, begegnen einer sicheren Diagnose noch immer starke und grundsätzliche Schwierigkeiten, denen um so größere Beachtung zuzumessen ist, als gerade im nationalsozialistischen Staat wegen des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses großer Wert auf eine absolut gesicherte Diagnose gelegt werden muß.

Herrn Prof. Dr. R o g g e n b a u bin ich für die Anregung zu dieser Arbeit und die Unterstützung bei ihrer Durchführung besonders dankbar.

Schrifttum.

Jaspers: Allgem. Psychopathologie.
Kraepelin: Allgem. Psychiatrie.
Nonne: Syphilis und Nervensystem.
Bleuler: Lehrbuch der Psychiatrie.
Kronfeld: Ueber den Wandel des Schizophreniebegriffes. Zbl. d. ges. Neur. u. Psych.
Bumke: Handbuch.
Ostenfeld: Betrachtungen über die Genese der Schizophrenie. Zbl. d. ges. Neur. u. Psych.
Gütt, Rüdin, Ruttke: Zur Verhütung erbkranken Nachwuchses.

Lebenslauf.

Ich, Hans Friedrich Becker, wurde am 4. 1. 1916 als Sohn des damaligen Oberlehrers Emil Becker und seiner Ehefrau Katharina, geb. Eichenberg, in Bonn geboren. Vom 6. bis 10. Lebensjahr besuchte ich die Volksschule, dann das humanistische Gymnasium in Dillenburg. 1935 legte ich die Reifeprüfung ab. Am 1. 4. 1935 trat ich als Fahnenjunker (im San.-Korps) in die Wehrmacht ein. Ich studierte an den Universitäten Berlin, Würzburg, München und Königsberg. Die Bestallung als Arzt wurde mir am 15. September 1939 erteilt. Seit dem 25. Oktober 1939 befinde ich mich als Truppenarzt bei einem Inf.-Batl. im Felde.